

初診問診票

ふりがな			ご住所	〒(-)
お名前		男 女		
年齢	()歳()ヵ月			
生年月日	昭和・平成 年 月 日			
電話	()	携帯電話		

1、出生時 (妊娠 週 g)
2、出生時のことで伝えておきたいこと ()
3、今までにかかった病気に○をつけてください。 気管支炎 ・ ぜんそく ・ 肺炎 ・ その他() 熱性けいれん (計 回) 無熱性けいれん (計 回)、抗けいれん剤の使用: 無 ・ 有 (薬名:)
4、入院したことはありますか いいえ ・ はい (はいの方は以下ご記入ください) 病名:()いつごろ:() 現在も定期的に通院していますか? いいえ・ はい (病院名:)
5、食物アレルギーの有無 ない ・ ある (食品名:)・ わからない
6、薬に対するアレルギーの有無 ない ・ ある (薬名:)・ わからない
本日(診察日)の症状について 現在の体重 kg 体温 °C 現在飲んでいる薬はありますか? ない ・ ある (くすり) 症状はいつからですか? <input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> きのう <input type="checkbox"/> 2日前 <input type="checkbox"/> 3日前 <input type="checkbox"/> 4日以上前 症状は? <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> はな <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> ゼーゼー <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 肌の症状 <input type="checkbox"/> 発疹 (顔 ・ あたま ・ おなか ・ 背中 ・ 手 ・ 足 ・) → <input type="checkbox"/> 周囲に水痘のお子さんがいます 本日解熱剤の処方をご希望ですか? <input type="checkbox"/> 希望しません <input type="checkbox"/> 希望します(座薬 ・ こな ・ 錠剤) その他何かあればご記入ください